N° 57

DU RHUMATISME
CONSÉCUTIF
A L'ÉRYSIPÈLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 13 AOUT 1884

Par Camille AUGER

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE N. ARLES

23, BOULEVARD JEU-DE-PAUME, 23

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✵ ✠..... DOYEN
COMBAL ✵ ✪..... } ASSESSEURS
GRASSET..... }

PROFESSEURS

Pathologie externe	BOYER ✵.
Accouchements	DUMAS ✵.
Clinique médicale	DUPRÉ ✵ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✵ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✵ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✵.
Physique médicale	MOITESSIER ✵.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✵.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✵ ✠.
Physiologie (chargé du cours)	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...
Opérations et appareils	N...

MARTINS (O. ✵), FONSSAGRIVES (O. ✵), COURTY ✵, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✵.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, *Président ;*
CAVALIER, *Professeur ;*
SERRE, REGIMBEAU } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

Vous m'avez tous considéré comme votre enfant. Je ne pourrai jamais vous rendre ce que vous avez fait pour moi.

A TOUS MES PARENTS

C. AUGER.

A M. CAILLAU

MÉDECIN-ADJOINT A L'ASILE DES ALIÉNÉS DE TOULOUSE

A M. ANDRÉ

MÉDECIN EN CHEF A L'HOTEL-DIEU DE TOULOUSE

A M. le docteur MATHIS

MÉDECIN PRINCIPAL DE 1re CLASSE
DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU 17me CORPS D'ARMÉE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
COMMANDEUR DE L'ORDRE DU NICHAM

C. AUGER.

A mon Président de Thèse

M. le professeur GRASSET

A M. le professeur COMBAL

A TOUS MES MAITRES

C. AUGER.

A mon excellent ami Paulin **FROMENTY**

LICENCIÉ EN DROIT

A TOUS MES AMIS

C. AUGER.

INTRODUCTION

Dans le courant de cette année, nous avons eu l'occasion d'observer un érysipèle de la face qui fut suivi immédiatement d'un rhumatisme articulaire.

Nous n'aurions pas attaché une grande importance à ce fait, si notre excellent chef de service, M. le professeur Combal, n'avait insisté longuement pour nous faire remarquer combien cette observation était curieuse et intéressante à de nombreux points de vue.

Pour lui, disait-il, elle ne faisait que confirmer les idées qu'il se faisait depuis longtemps sur l'érysipèle et sur ses relations intimes avec le rhumatisme.

Nous nous serions engagé à fond dans cette question, abrité derrière l'autorité de M. Combal ; mais nous avons été effrayé par la difficulté de ce sujet qui, pour être traité convenablement, aurait exigé de nous des recherches et des études que nous n'avions pas le temps de faire, les heures nous étant comptées.

De plus, nous n'aurions pu que reproduire d'une façon imparfaite les idées que M. le professeur Combal a développées déjà à plusieurs

reprises dans ses cliniques, et qu'il se promet d'ailleurs de reproduire avec les développements que comporte cette question et avec le talent que chacun lui connaît.

Aussi nous sommes-nous borné à faire ressortir un point de la question : le rhumatisme consécutif à l'érysipèle. Les recherches que nous avons faites à ce sujet nous ayant fait trouver quelques observations intéressantes qui concordent avec la nôtre, ce sont ces observations et les quelques réflexions qu'elles nous ont suggérées qui forment le fond de notre modeste travail.

Qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le professeur Combal toute notre reconnaissance pour les sages conseils qu'il nous a donnés, avec sa bonté habituelle, chaque fois que nous avons eu recours à lui.

DIVISION

Dans la première partie de notre travail, nous ferons l'historique des rapports de l'érysipèle avec le rhumatisme.

Dans la seconde partie, nous essaierons de démontrer que l'érysipèle provoque et réveille quelquefois le rhumatisme, et pour cela, nous ferons ressortir les analogies qui existent entre l'érysipèle et quelques maladies pour lesquelles ce rapport de causalité est admis.

Enfin dans la troisième partie, nous relaterons les observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet, et nous exposerons nos idées d'une façon tout à fait succincte, sur la nature de ce rhumatisme secondaire.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0073

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Musgrave	De arthridite symptomatico. (1715.)
Lorry	Tractatus de morbis cutaneis. (Paris, 1777.)
Stoll	Médecine pratique. Ephémérides.
Chomel	Thèse sur le rhumatisme. (Paris, 1813.)
Pinel	Nosographie philosophique. (Paris, 1818.)
Scudamore	Traité sur la goutte et le rhumatisme. (1823.)
Joseph Frank	Traité de pathologie interne, tome II.
Bouillaud	Traité du rhumatisme. 1840.
Ferrand	Les exanthèmes du rhumatisme. (Thèse de Paris, 1862.)
Charcot	Leçons sur le rhumatisme articulaire chronique. (Gazette des hôpitaux, 1867.)
Durozier	Erysipèle du cœur. (Gazette des hôpitaux, 1866.)
Fournier	Rhumatisme blennorrhagique. (Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie.)
Peter	Bulletins et Mémoires de la Société médicale des (hôpitaux de Paris. 1867.)
Gosselin	Art. Erysipèle. (Dictionn. de médecine et de chirurg.)
Raynaud	Art. Erysipèle. — — —
Hardy	Art. Erythème. — — —
Castan	Des diathèses.
Raynaud	Nature de l'érysipèle. (Union médicale, 1873.)
Perroud	Erysipèle rhumatismal. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, tome v, 1874.)
Besnier	Art. Rhumatisme. (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales 1876.)
Jaccoud	Phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle. (Gazette hebdomadaire, 1873.)
Th. Sevestre	Phlegmasies... à l'érysipèle. (Thèse de Paris, 1874.)
Nepveu	Les Bactéries de l'érysipèle. (Gazette médicale, 1872.)
Cornil et Babes ...	Note sur le siège des bactéries de l'érysipèle. (Union médicale, 30 octobre 1883.)

DU RHUMATISME

CONSÉCUTIF

A L'ÉRYSIPÈLE

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

Quel que soit le point de vue auquel on se place pour juger des rapports qui existent entre l'érysipèle et l'affection rhumatismale, on ne saurait nier qu'il y a là autre chose qu'une coïncidence.

L'idée de ce rapprochement, d'ailleurs, date de fort loin : depuis longtemps déjà, elle a été formulée par un grand nombre d'auteurs, et quelle que soit l'interprétation qu'ils lui donnent, il est certain que le fait en lui-même ne leur a pas échappé.

Stahl, l'illustre professeur de Halles *(thoria medica vera)*, admet deux ordres de causes déterminantes des fluxions rhumatismales: 1° l'altération constitutive des humeurs au moment de l'acte congestif·

tantôt l'*état erysipélateux* et les abus spontanés, tantôt les apostases lentes et fébriles, c'est-à-dire les exécutions critiques ; 2° L'irritation constante, la délicatesse particulière et l'exquise sensibilité des parties lésées : contusions, fractures, plaies, blessures, brûlures, etc...

Musgrave (*De arthridite symptomatica, de arthridite anomala*, 1715) a parfaitement vu et décrit les relations qui existent entre certaines maladies cutanées et le rhumatisme.

Baillou, dans son livre sur le rhumatisme (*Rheumatismo liber*, 1762), dit à propos de l'érysipèle : « Qui humor in cutim affectus cutaneos egerminat et excitat, idem affectum istum rhumaticum promovet. »

Van Swieten « in Commentaria in Hermani Boerhaavi aphorismos », sans s'expliquer d'une façon toute particulière sur l'érysipèle dans ses rapports avec le rhumatisme, parle de l'importance des affections cutanées dans le rhumatisme, et de plus, il invoque l'autorité de Tralles : « Aberat febris, sed ardebat humerus cum scapula ita ut erysipelaceum ruborem adesse conjiceret. »

Stoll (*Médecine pratique, Ephémérides*) jette un grand jour sur le rhumatisme en montrant ses relations avec de nombreuses et diverses maladies, comme l'avaient fait Huxam, de Mertens (1760) et Stork.

Lorry, dans son remarquable *Traité des malades de la peau*, insiste longuement sur l'érysipèle arthritique. Pour lui, l'érysipèle comme les autres éruptions serait tantôt symptomatique, c'est-à-dire qui entre dans le rhumatisme au même titre que l'arthrite ou toute autre localisation rhumatismale, tantôt révulsif, c'est-à-dire qui exerce une révulsion manifeste sur les phénomènes rhumatismaux déjà produits, tantôt enfin critique.

John Haggarth (*A clinical story of the acute rheumatism or rheumatisch fever*, 1813) cite un cas d'érysipèle survenu dans le rhumatisme aigu.

Pinel (*Nosographie philosophique*, 1818) cite, parmi ses exemples d'espèces simples de rhumatisme, une observation dans laquelle sur

vint un érysipèle de la face qui se généralisa et causa la mort.

Joseph Frank (1820), à l'exemple de son père, P. Frank, insiste beaucoup, dans son *Traité de pathologie interne,* sur les relations qui existent entre l'érysipèle et le rhumatisme.

Il est le premier, je crois, qui ait créé un érysipèle rhumatismal. On appelle, dit-il, érysipèle rhumatismal celui qui naît des changements de l'atmosphère ou du froid que le corps reçoit étant dans un état de chaleur. Comme il est très commun, on regarde, en général, cet érysipèle comme une inflammation rhumatismale de la peau.

Villeneuve (dans le *Dictionnaire des sciences médicales,* en 30 volumes) reconnaît, à l'exemple de Stoll, une grande affinité entre le rhumatisme et l'érysipèle.

Dechambre (*Corrélation du rhumatisme articulaire aigu avec diverses éruptions cutanées. — Gazette hebdomadaire,* 1860) montre la corrélation qu'il y a entre le rhumatisme et l'érysipèle.

Charcot, dans ses *Leçons sur le rhumatisme articulaire chronique (Gazette des hôpitaux,* 1867), est encore un des plus explicites. C'est celui qui, après Stahl, a considéré et exprimé de la façon la plus claire les rapports qui existent entre l'érysipèle et le rhumatisme, tels que nous les entendons nous-même.

Dans l'étiologie du rhumatisme, Charcot divise les causes en deux classes :

1° J'ai commencé par établir, dit-il, que des causes traumatiques, telles que coups, chocs, plaies, phlegmons, font naître chez des sujets prédisposés tantôt le rhumatisme articulaire aigu, tantôt le rhumatisme chronique (rhumatisme noueux, général ou partiel, arthrite sèche) ;

2° Certaines causes pathologiques agissent comme les causes traumatiques et provoquent le développement d'affections rhumatismales *qui ne diffèrent en rien,* du moins quant à la forme, de celles qui se produisent spontanément.

Et Charcot cite au nombre des causes pathologiques : l'*érysipèle*

de la face, qui a provoqué le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme articulaire chronique.

Pour Trousseau *(Clinique médicale)*, il n'y a pas seulement analogie morbide entre ces deux affections qui n'ont d'inflammatoire que l'apparence, il y a corrélation.

Georges Homolle, dans son article sur le rhumatisme *(Dictionnaire de médecine et de chirurgie)*, n'a pas méconnu l'influence de l'érysipèle sur le rhumatisme.

Parmi les causes générales qui favorisent l'apparition du rhumatisme secondaire, celles dont l'action paraît être prédominante sont :

1° Diverses causes d'excitation lente mais continue du système nerveux, qui ont leur origine principalement dans l'appareil génital ;

2° Diverses causes d'épuisement et l'excès de certaines sécrétions ;

3° Diverses altérations humorales, dont la mieux définie paraît être la leucocytose, mais parmi lesquelles il faut accorder une importance considérable à certaines modifications *d'origine infectieuse* encore mal connues : état puerpéral, blennorrhagie, dysenterie, fièvres éruptives et l'*érysipèle*. Il faut tenir compte, dit-il, des lésions tégumentaires étendues qui modifient l'impressionnabilité des extrémités nerveuses périphériques, et probablement d'un état dyscrasique, leucocytose, dans l'*érysipèle*.

Pour Hardy (dans son article sur l'érythème, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*), ce ne serait plus l'érythème papuleux, l'érythème noueux, l'*érysipèle* et d'autres affections cutanées qui devraient être considérées comme des complications, mais bien le rhumatisme, qui ne serait ici qu'une maladie secondaire.

L'arthrite rhumatismale serait donc là une complication tout à fait semblable, dit-il, au rhumatisme qui se produit dans la scarlatine.

Si maintenant nous cherchons dans les ouvrages récents, nous trouvons peu de chose concernant ces rapports généraux de l'érysipèle avec le rhumatisme.

En 1873, le professeur Guiseppe Profeta publiait, dans l'*Observa-*

tore medico di Palerma, un mémoire sur les dermatoses symptomatiques du rhumatisme et de le goutte, et il cite un cas d'érysipèle au nombre de ces dermatoses.

Plus récemment encore, M. Perroud, médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, publiait, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (1874) un travail intitulé *Erysipèle rhumatismal*. Il prétend qu'il existe un érysipèle rhumatismal absolument différent des autres, distinct par exemple de l'érysipèle infectieux de Raynaud, de l'érysipèle scrofuleux de Courbon (Thèse de Paris, 1873).

Enfin, M. Besnier, dans son article sur le *Rhumatisme (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* 1876), s'exprime ainsi : « L'érysipèle, dont les relations avec le rhumatisme en général ont été maintes fois constatées, qui se relie également aux formes chroniques (Charcot) peut aussi apparaître dans le rhumatisme articulaire aigu. Comme toutes les autres manifestations cutanées de cet ordre, il *peut précéder* la localisation articulaire manifeste. »

En résumé, nous voyons que les relations qui existent entre le rhumatisme et l'érysipèle ont été constatées depuis longtemps. Mais elles ont été envisagées à différents points de vue. Les uns n'ont voulu voir et n'ont fait attention qu'à l'érysipèle survenant dans le cours du rhumatisme, érysipèle qu'ils ont considéré tantôt comme une pure coïncidence, tantôt comme une manifestation symptomatique du rhumatisme, tantôt enfin comme un phénomène critique. D'autres enfin, après avoir observé plusieurs cas de rhumatisme survenant après un érysipèle, n'ont pu s'empêcher d'établir une relation de causalité entre ces deux affections. Ils ont admis la production d'un rhumatisme consécutif à l'érysipèle.

C'est cette dernière manière de voir que nous partageons et que nous nous efforcerons de défendre dans notre travail.

DEUXIÈME PARTIE

Nous nous sommes proposé de montrer, dans la deuxième partie de notre travail, que souvent le rhumatisme était la conséquence manifeste et directe de l'érysipèle.

Tout d'abord, comment considérons-nous l'érysipèle pour que nous le jugions capable de produire le rhumatisme secondaire ? L'érysipèle aurait-il quelque ressemblance avec les fièvres éruptives ? Aurait-il quelque chose d'infectieux dans sa nature qui pût jusqu'à un certain point expliquer la production d'arthrites de nature infectieuse ou la production d'un rhumatisme secondaire semblable à ceux que peuvent produire et la scarlatine et la blennorrhagie ?

Quelle est, en un mot, la nature de l'érysipèle ? Reconnaissons-le tout de suite avec M. Raynaud, l'érysipèle est un sujet gros d'orages et de discussions sans fin.

Depuis longtemps, on discute sur sa nature, sur son anatomie pathologique, sur son traitement. Il n'est pas de jour qui ne voit apparaître un traitement nouveau, et il n'est pas de jour aussi qui ne voit apparaître une discussion nouvelle sur sa nature.

L'accord semble aujourd'hui devoir se faire. La majorité des médecins actuels sont prêts à reconnaître la nature infectieuse de l'érysipèle. L'idée n'est pas neuve cependant. Déjà Bouillaud s'exprimait ainsi dans sa *Nosologie médicale* (1846): «Il semble qu'un des éléments propres à faire régner les érysipèles épidémiquement peut être rapporté à un état infectionnel du sang, provenant soit des miasmes extérieurs, soit des principes absorbés à l'intérieur du corps.

Velpeau, lui aussi, dans ses *Cliniques*, dit que l'érysipèle est le résultat d'une espèce d'empoisonnement par suite de l'introduction dans l'économie d'un agent méphitique inconnu et dont la nature tend à se débarrasser.

Mais comme on le voit, ce n'est encore qu'une vue de l'esprit qui repose sur deux grands faits qui n'avaient pu échapper à ces grands observateurs : l'épidémie et la contagion.

Il semble en effet que si ces deux caractères sont admis, on ne peut pas ne pas admettre un principe infectieux. Or, les épidémies d'érysipèle sont relatées dans tous les ouvrages ; on peut les constater tous les jours, et il est impossible de nier ce premier caractère.

Quant à la contagion, tous ne l'admettent pas. Elle a été longtemps admise en Angleterre, avant de pénétrer en France, où les adversaires n'ont pas manqué, malgré les exemples nombreux et éclatants de contagion. Grisolles, Trousseau et Follin n'ont pas tardé à se rendre à la vérité. Chacun d'eux a cité des exemples frappants, indiscutables ; Gosselin, dans son rapport sur le Mémoire du docteur Blin, qui avait envoyé à l'Académie de médecine quelques cas remarquables de contagion, rappelle plusieurs faits de sa pratique : « Un prêtre a contracté un érysipèle en confessant un blessé atteint de cette maladie. Il portait un bouton au front, et c'est autour de ce point que l'érysipèle est survenu. Le père de ce prêtre, qui était venu le voir, a eu un érysipèle autour d'un anthrax qu'il avait au cou. »

Grisolles, dans son *Traité de pathologie interne,* s'exprime ainsi : « Jusqu'à ces derniers temps, j'avais pensé que l'érysipèle n'était pas contagieux ; mais les faits observés en 1861, où je vis la

maladie se transmettre manifestement à plusieurs personnes, me font admettre aujourd'hui que dans certains cas, rares sans doute, l'érysipèle est une affection transmissible.

Si ce point de doctrine a mis si longtemps à se faire accepter, si la contagion de l'érysipèle a été si discutée, c'est qu'elle ne paraît pas aussi évidente que celle de la variole ou de la rougeole ; mais nous ne devons pas oublier qu'il y a des degrés dans la contagion des diverses maladies.

Les caractères épidémiques et contagieux étant admis, la nature infectieuse de l'érysipèle est probable, mais elle n'est pas démontrée.

Depuis 1868, les belles découvertes de Davaine sur le virus charbonneux, les travaux de Chauveau sur le virus vaccin, ceux de Béchamp sur les microzymas, et une multitude de travaux étrangers, ont imprimé un vigoureux élan à l'étude des virus et des principes infectieux ; l'érysipèle devait recevoir sa part des recherches nouvelles.

On avait bien parlé déjà de vibrions et de bactéries, à propos de l'érysipèle. Mais le premier qui ait parlé de visu des parasites de l'érysipèle est Huëter qui, dès 1868, a publié une note sur la marche des monades au travers des tissus dans l'érysipèle et la diphthérie.

Après Huëter, nous trouvons Nepveu (*Gazette médicale de Paris, 1872)* qui lut à la socité de Biologie une note dans laquelle il annonça que, sur dix malades atteints d'érysipèle médical ou chirurgical observés par lui, il a trouvé neuf fois des bactéries dans le sang extrait d'une piqûre faite sur une plaque érysipélateuse. Nepveu rapporte le parasite qu'il a observé au Bacterium punctum d'Ehrenberg.

En 1872, Wilde a publié un mémoire sur le traitement de l'érysipèle traumatique, dans lequel il déclare qu'il a toujours vu, dans le pus de la plaie servant de point de départ à l'érysipèle, un champignon ou micrococcus, qu'il retrouvait en grande abondance dans le sang de la plaque érysipélateuse extrait au moyen d'une piqûre, et examine avec de grandes précautions, à cause de l'existence des parasites de l'épiderme démontrés par Hallier.

Enfin, au mois d'avril 1873, Orth (de Bonn) a publié sur l'érysipèle un travail d'une importance capitale (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmanologie, herausgegeben von Klebs, Leipzich. Untersuchungen über Erysipel).

Orth est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'érysipèle traumatique épidémique est causé par un poison existant dans le sang aussi bien que dans les sécrétions ;

2° Les sécrétions sont capables de produire l'érysipèle par inoculation ;

3° Les bactéries naissent pari passus avec le développement de l'érysipèle ;

4° Les bactéries sont en relations étroites avec la cause spécifique de l'érysipèle, car ses symptômes caractéristiques peuvent être produits par des *bactéries cultivées artificiellement.*

5° Mais les bactéries ne sont pas la cause indirecte de la maladie, puisqu'elles ne se forment pas en quantité dans le sang des animaux infectés et qu'on peut les faire disparaître sans détruire entièrement l'activité du liquide infectant ;

6° Les bactéries paraissent appartenir aux microbes ;

7° Il est probable que dans les différentes formes de la maladie, il existe différents micro-organismes, mais cette proposition manque de preuves.

Malgré ce travail qui paraissait concluant, la nature parasitaire de l'érysipèle n'était pas admise par tout le monde, et à cette époque, M. Raynaud, dans une discussion sur la nature de l'érysipèle que l'on peut lire dans l'*Union médicale* de 1873, résumait ainsi la question : « Ce que l'on sait aujourd'hui, ce qu'il est difficile de ne pas admettre, c'est le caractère infectieux de l'érysipèle. Maintenant, quant à savoir quelle est la nature de cet agent inconnu, nous l'ignorons absolument. Est-ce un miasme plus ou moins volatil ? Est-ce une matière fermentescible ? Y a-t-il là, selon les vues de Hallier, une infusoire de

nature particulière transportée par l'air ? S'agit-il d'une altération de pus à la surface des plaies, et en quoi consiste cette altération ? Est-ce une modification de la lymphe ? Ces hypothèses ont été émises. Quelle est la vraie ? Nous n'en savons rien. »

Cependant la question a fait un grand pas, on peut même dire un pas décisif, depuis cette époque.

Ichleisen, qui a eu l'occasion d'examiner histologiquement la peau d'un érysipélateux mort dans son service, a constaté sur le champ du microscope les lésions suivantes : « On doit considérer, dit-il, à la partie de la peau atteinte trois zones : dans la première, qui comprend la partie voisine du bourrelet et intacte microscopiquement, on trouve les espaces lymphatiques remplis de micrococcus en voie de multiplication ; dans la deuxième, qui répond au bourrelet, on trouve les signes d'nne inflammation de tissus ; entre les végétations de microbes se trouve une masse de cellules migratrices qui enveloppent les micrococcus et les absorbent même. Dans la troisième zone, qui correspond à la plaque, les micrococcus ont disparu, et l'on ne voit plus qu'une infiltration de petites cellules. Il est remarquable de voir que les capillaires sanguins sont absolument dépourvus de tout microbe. L'auteur conclut de ses observations que l'érysipèle est provoqué par la production d'un micrococcus spécifique dans les lymphatiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Les recherches du docteur Koch n'ont fait que confirmer cette assertion.

Pour être complet, nous mentionnerons la note sur le siège des bactéries dans la variole et l'érysipèle, de Cornil et Babes (Union médicale, 30 octobre 1883). Ces auteurs sont arrivés à cette conclusion que l'inflammation érysipélateuse de la peau déterminée par le micro-organisme de l'érysipèle paraît être surtout consécutive à l'invasion de ces microbes dans les voies lymphatiques.

La nature infectieuse de l'érysipèle est donc aujourd'hui un fait acquis pour la majorité des médecins. C'est déjà pour nous un point d'appui d'une grande valeur pour démontrer théoriquement la possi-

bilité d'un rhumatisme secondaire, avant d'essayer d'achever la conviction dans les esprits par les observations qui viendront d'une façon plus efficace au secours de notre théorie.

En effet, un grand nombre d'auteurs, et Georges Homolle en tête, dans son article sur le rhumatisme (Dict. de méd. et chir.) n'admettent-ils pas au nombre des causes générales qui favorisent l'apparition du rhumatisme secondaire « les diverses altérations humorales dont la mieux définie paraît être la leucocytose, mais parmi lesquelles il faut accorder une importance considérable à certaines modifications *d'origine infectieuse ?* Et pourquoi alors n'admettrait-on pas pour l'érysipèle, qui est de *nature infectieuse*, ce qu'on admet pour l'état puerpéral, la dysenterie et l'infection purulente. » Et j'irai même plus loin. Je dis que l'érysipèle réunit des conditions plus favorables que ces maladies pour réaliser cet état de rhumatisme secondaire.

Non seulement l'érysipèle est de nature infectieuse (première cause), non seulement il présente des lésions tégumentaires étendues qui modifient l'impressionabilité des extrémités nerveuses périphériques (seconde cause), mais encore et surtout, il offre cet état dyscrasique, cette leucocytose (Vulpian), état ou altération humorale qui a une si grande action dans la production du rhumatisme secondaire.

Mais poursuivons les analogies.

Si on recherche les raisons qui ont fait admettre un rhumatisme secondaire à la scarlatine, on voit que c'est par l'étude des différentes manifestations qui se présentaient dans la convalescence de cette maladie, qu'on est arrivé à admettre ces relations. Qu'observa-t-on ? Tout d'abord, ce furent les manifestations extérieures, visibles, tangibles pour ainsi dire, les douleurs articulaires. Puis ensuite, ce furent les complications : phlegmasies viscérales. Il ne pouvait en être autrement. Comment aurait-on pu avoir l'idée d'aller par l'auscultation rechercher une péricardite ou une endocardite chez un malade qui entrait en convalescence d'une fièvre scarlatine ? L'induction seule pouvait y conduire. Ce ne fut que lorsque l'attention fut portée sur les accidents rhumatismaux consécutifs à la scarlatine qu'on rechercha

les complications internes, celles qui ont besoin d'être recherchées pour être trouvées. La scarlatine, provoquant le rhumatisme, devait logiquement en provoquer les manifestations les plus connues. On chercha, et on trouva.

En est-il de même pour l'érysipèle? Nous prenons exemple sur la scarlatine, non pas que nous assimilions l'érysipèle à la scarlatine et aux fièvres éruptives, comme certains ont voulu le faire, mais parce que cela nous permet de suivre pour l'érysipèle un chemin tout tracé. Au lieu de procéder à tâtons, nous allons sûrement aux points de repère qui ont été dressés par nos devanciers pour d'autres maladies qui ont, malgré tout, des points nombreux de ressemblance avec celle que nous étudions aujourd'hui.

A-t-on trouvé dans l'érysipèle les endo-péricardites comme dans la scarlatine ? Oui. Mais empressons-nous de dire que M. Jaccoud, qui les a trouvées (phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle, *Gazette hebdomadaire*, 1873), ne leur donne pas la même signification que nous. « C'est en 1861, à la Charité, dit M. Jaccoud, que j'ai observé le premier exemple de complication cardiaque dans le cours de l'érysipèle de la face. Depuis lors, les cas se sont multipliés, et chaque année me fournissant, plus ou moins riche, son contingent de faits, j'ai pu sans témérité repousser l'idée d'une simple coïncidence et me dégager aussi de ces sages hésitations que doit imposer à tout observateur l'interprétation d'un complexus pathologique nouveau. »

Les endocardites et les péricardites se rencontrent donc dans le cours de l'érysipèle. N'est-ce pas là un fait d'une grande valeur pour la thèse que nous soutenons, surtout si on se rappelle que les *désordres cardiaques peuvent constituer la première manifestation du rhumatisme ?* (Castan, *Des diathèses.)*

Les jointures dans ce cas ne se prennent pas ou ne sont prises que consécutivement. Graves, Gubler, Trousseau, ont cité des exemples de ce genre.

Pourquoi n'admettrait-on pas que ces manifestations que provoque l'érysipèle sont une expression du rhumatisme. Sans doute, le plus

souvent le rhumatisme se révèle par des manifestations extérieures, articulaires, mais enfin les faits de début du rhumatisme par les endocardites ou les péricardites existent en assez grand nombre et ont été observés par des praticiens d'une trop grande valeur pour qu'on puisse s'en servir en toute confiance.

On me dira peut-être que M. Jaccoud n'admet pas que ces manifestations viscérales qu'il a constatées dans le cours des érysipèles soient de nature rhumatismale. Mais, en somme, quels arguments donnent-ils, M. Jaccoud et son élève, M. Th. Sevestre. (Thèse de Paris, *Phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle.*)

Dans ce travail, nous trouvons des observations nombreuses qui démontrent l'existence de ces phlegmasies cardiaques dans le cours de l'érysipèle. Cela est vrai. Mais ce que nous n'y trouvons pas, c'est la preuve que ces phlegmasies ne sont pas des manifestations rhumatismales produites par l'érysipèle. « L'hypothèse qui expliquerait par l'influence de la diathèse rhumatismale les manifestations cardiaques dans l'érysipèle, hypothèse à laquelle Trousseau se rangerait volontiers, et que semble partager M. Durozier, ne peut que difficilement être soutenue, dit-il, pour les cas que j'ai en vue, car j'ai eu soin de *m'attacher exclusivement aux faits dans lesquels il était impossible de retrouver les traces* de *la diathèse rhumatismale.* » Comme argumentation, cela nous paraît bien faible, surtout si on se rappelle qu'en parlant de ses propres observations, M. Levestre dit, avec une entière franchise d'ailleurs : « Quelques-unes ne sont peut-être point parfaitement démonstratives, parce que les *antécédents* ne sont pas indiqués avec assez de précision. »

Sans doute, un certain nombre de ses observations ne constatent point d'antécédents héréditaires et ne relèvent pas non plus des attaques préalables de rhumatisme ; mais cela suffit-il pour démontrer que les phlegmasies qui sont provoquées par l'érysipèle n'ont absolument rien de commun avec le rhumatisme ?

Sous prétexte que des malades atteints de complications cardiaques dans le cours ou la convalescence de la scarlatine n'auront pas eu

avant cette maladie des atteintes de rhumatismes, viendra-t-on nier à la scarlatine la propriété de provoquer ou mieux de réveiller la diathèse rhumatismale, et refusera-t-on tout caractère rhumatismal à ces com-complications ?

Nous n'insisterons pas plus longuement sur cette question, parce que, somme toute, nous manquons de faits personnels qui nous permettent de soutenir avec plus de force notre manière de voir à ce sujet ; mais nous ne pouvons résister à la tentation de citer une ou deux observations de M. Durazet.

Ici les antécédents héréditaires existent, les attaques préalables ont été constatées, la diathèse rhumatismale existe par conséquent in posse, prête à se manifester à la première excitation, et cependant l'érysipèle ne provoque pas, comme dans les observations qui forment la base de notre travail, le rhumatisme avec ses manifestations articulaires, mais des phlegmasies cardiaques.

Observation de M. Durozier. — *Gazette des hôpitaux* (1866).

T..., âgé de 35 ans ; 14 avril 1860. Névralgie sciatique.

16. Pouls 96. Le poignet droit est rouge et douloureux, les genoux contiennent du liquide. Le soir, pouls 132.

17. Pouls 96. Pas de douleurs, le malade se trouve bien ; peu de chose au cœur ; les deux genoux contiennent encore du liquide. Soir, pouls 110.

18. Pouls 84. Souffle au premier temps, à la pointe, superficiel. Soir, pouls 84.

19. Pouls 76. Bonne nuit. Encore un peu de grattement au premier temps. Les genoux sont presque complètement dégagés.

25. Tension du cuir chevelu.

26. Pouls 96. Ganglions cervicaux développés ; froissement péricardique; un peu d'âpreté au premier bruit.

27. Pouls 108, faible, peu développé. Epistaxis. Froissement péricardique. Bruit de souffle. Un peu de dureté au premier bruit.

29. Pouls 108. L'érysipèle déborde sur le front.

30. Pouls 100. L'oreille est envahie.

1er mai. Pouls 96.

2. Pouls 84.

5. Pouls 72. Cœur en bon état. L'érysipèle est éteint.

9. Pouls irrégulier ; une pulsation forte est suivie de deux ou trois faibles, puis vient un arrêt ; un peu de souffle rude au premier temps.

Dans cette observation, nous voyons l'érysipèle se lier intimement au rhumatisme articulaire aigu et *ranimer l'endocardite*.

Ainsi, le caractère infectieux de l'érysipèle, l'état dyscrasique qui se présente chez les érysipélateux, les phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle, voilà tout autant de raisons qui rendent possible la production d'un rhumatisme secondaire à l'érysipèle.

Nous allons maintenant produire les quelques observations que nous possédons pour confirmer l'existence de ce rhumatisme.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation première

PERSONNELLE

Un homme âgé de 47 ans, infirmier-major à l'Hôpital-Général de Montpellier, entre à l'hôpital Saint-Eloi pour un érysipèle de la face. D'un tempérament sanguin, il a une complexion forte et une constitution vigoureuse. Le malade ne peut pas nous dire de quelle maladie est mort son père. Quant à sa mère, elle était profondément rhumatisante. Comme maladies antérieures, il ne signale que des attaques de rhumatisme : depuis l'âge de 28 ans, où il eut sa première attaque, il en a eu quatre ou cinq qui ont été de moins en moins douloureuses, mais aussi de plus en plus longues.

Interrogé sur les débuts de sa maladie, il nous dit qu'il lui est difficile de préciser l'endroit par où a commencé l'érysipèle. Il se rappelle seulement que depuis quelque temps il avait un bouton à l'oreille qui lui procurait de vives démangeaisons ; puis quelques

boutons apparurent sur la figure, accompagnés bientôt d'une rougeur qui ne tarda pas à se généraliser sur toute la face.

Quand il est entré à l'hôpital (18 juin) l'érysipèle était bien caractérisé : la peau était gonflée, tendue, douloureuse et la plaque érysipélateuse, sur ses limites, présentait un bourrelet saillant qui tranchait sur les parties saines.

Les paupières étaient œdématiées.

Le malade était en plein délire.

Pendant quelques jours, la température resta assez élevée. Du 18, jour de l'entrée, au 21, la température ne descendit pas au-dessous de 39, 39.5.

21. Tout à coup, nous eûmes une descente brusque : de 39.5, la température descendit à 37.

22. Quel ne fut pas notre étonnement, le soir du même jour, quand nous vîmes une température de 40.4. Qu'était-il arrivé ? Y avait-il eu imprudence ? ou bien l'érysipèle se comportait-il ici comme il le fait souvent, c'est-à-dire se ravivait-il sous l'influence de causes inappréciables ? Le malade l'attribuait, lui, à un refroidissement causé par un courant d'air qui aurait été établi pendant l'après-midi. On ausculte le malade, pour voir s'il ne serait pas survenu de complications thoraciques. On ne trouve rien.

23. Descente plus brusque que celle de la veille : de 40.4 à 36.5.

Depuis ce jour-là, la température resta a peu près stationnaire, en même temps que l'érysipèle s'améliorait, que les couches épidermiques se renouvelaient et que le malade enfin entrait en convalescence.

Cependant, chose remarquable, la convalescence ne marchait pas rapidement. Le malade se plaignait d'un malaise général qui n'expliquait pas la faiblesse habituelle d'une convalescence. Il ne se sentait pas revenir à la santé. Nous eûmes bientôt l'explication de ce malaise. Le malade ne tarda pas à se plaindre d'une façon plus précise. Il accusa des douleurs dans les articulations des membres inférieurs. Deux jours après, le 29, le malade était couché sur son lit, en proie à des douleurs assez vives qui s'étaient généralisées sur tout le corps.

Nous étions en présence d'une attaque de rhumatisme.

En même temps que les douleurs se généralisaient, la température montait et atteignait 39, 39.4, 39.8. Administration de salicylate de soude.

3. Bien que la température reste encore assez élevée, le malade accuse une diminution dans l'acuité de ses douleurs.

1er juillet. Les douleurs persistent toujours, mais peu accentuées.

5. L'amélioration commence à apparaître : le malade peut remuer ses jambes.

10. Le malade est à peu près remis. Langue sale. Purgation.

17. Il se plaint d'une douleur assez vive dans les deux épaules.

18. L'épaule droite seule est encore prise.

20. Le malade se plaint d'une constipation opiniâtre. Purgation.

21. L'amélioration est aujourd'hui très-marquée : les douleurs ont cessé.

Observation II

Erysipèle suivi de rhumatisme articulaire aigu. (*Clinique de Trousseau*, t. III.)

Une jeune fille couchée au n° 8 de la salle St-Bernard, et qui était convalescente d'un érysipèle grave de la face, est prise tout à coup de douleurs rhumatismales. Cette malade, âgée de 22 ans, a déjà eu, dit-elle, des érysipèles très-fréquents. La convalescence de celui dont nous parlons ne s'établissait pas franchement ; elle avait un vague malaise et un peu de fièvre le soir. Au bout de deux jours de cet état indécis, elle éprouva dans la soirée une recrudescence de sa fièvre et une douleur vive dans les genoux. Le lendemain, les articulations étaient tuméfiées. Deux jours plus tard, il y avait du bruit de souffle

à la base du cœur et au premier temps, non pas un souffle doux et dû à l'anémie, mais un souffle rude et évidemment endocardique. Après les genoux, les coudes, puis les poignets et les doigts se prirent ; puis ce fut le tour des chevilles et des orteils. Actuellement la jeune malade est dans un état vraiment grave : elle a, le soir, près de 120 pulsations ; ses douleurs sont cruelles ; l'appétit fait absolument défaut, et depuis onze jours que le rhumatisme a fait explosion, nous n'avons absolument rien obtenu.

Observation III

Erysipèle de la face suivi de rhumatisme. (Perroud, *Annales de dermatologie*, 1874.)

G.. , de Jonage (Isère), maçon à Lyon, âgé de 46 ans, d'un tempérament sanguin, brun et d'une bonne constitution, entre le 30 septembre 1870 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle St-Charles, n° 45.

Cet homme a eu, en 1848, une fièvre intermittente tierce qui dura deux mois ; depuis lors, bonne santé.

Il y a 12 jours, fièvre, frissons, céphalalgie, brisement général, anorexie, bouche mauvaise sans vomissements ; 5 jours après, débute, par l'aile droite du nez, un érysipèle qui s'étend peu à peu à l'oreille droite, aux paupières de l'œil droit et à la joue droite. Cet érysipèle survient sans excoriation cutanée ni autre plaie antérieure, et sans engorgement ganglionnaire.

A l'entrée du malade dans le service, l'érysipèle est unilatéral, occupant la moitié droite de la face, *moins le menton*, et s'étendant un peu à droite sur le cou, jusque vers le sternum ; quelques croûtes et quelques phlyctènes sur la joue droite ; l'œil droit est en partie fermé par le gonflement des paupières. Pouls 114 ; langue sale ; état général assez bon. Prescription : sulfate de quinine 0,50.

Le jour suivant, l'éruption s'étend. Le 1er octobre et les jours suivants elle gagne le cuir chevelu.

4. Pouls 74 ; rougeur et gonflement tombés partout, la région temporale seule est occupée.

5. Rougeur sur la joue gauche, desquamations sur le côté droit.

7. L'érysipèle est entièrement éteint ; la desquamation se généralise ; le pouls est à 64. Le malade est convalescent.

14. Sans cause appréciable, vives douleurs dans les principales articulations des deux membres inférieurs ; les genoux sont tuméfiés et sont le siège de légères hydarthroses. Pouls 112. La desquamation est complète.

18. La fluxion rhumatismale des deux genoux paraît un peu moins vive ; poignet droit est pris. Pouls 88. Rien au cœur.

4 novembre. Les articulations sont complètement libres, mais depuis deux jours, le malade accuse une vive douleur le long du sciatique droit, sans analgésie cutanée. Pouls 88.

20. Après quelques bains sulfureux, le malade sort guéri.

Observation IV

Rhumatisme chronique articulaire — Erysipèle facial intercurrent (Perroud, *Annales de dermatologie*).

L.., âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin et de bonne constitution, entre le 27 mars 1870.

Cet homme a eu de nombreuses atteintes de rhumatisme subaigu, soit sous forme de sciatique gauche, soit sous forme de douleurs articulaires subaiguës, dans les membres inférieurs, depuis 1853 ; il a fait pour ces accidents plusieurs séjours de quelques mois chacun dans les hôpitaux.

Au moment de son admission dans le service, il souffre encore d'une douleur subaiguë de la hanche gauche, qui gêne beaucoup sa marche ; en outre, depuis quatre jours, il présente une légère rougeur érysipélateuse avec gonflement occupant les deux joues, le nez et les paupières inférieures ; les parties sont tendues et luisantes ; fièvre modérée — Pouls 76. Température 38. Pas de souffle cardiaque.

Le 28 mars, l'érysipèle s'étend à droite jusque vers le pavillon de l'oreille ; gonflement moindre sur les paupières inférieures. Pouls 60. Température 37.3. *Les douleurs articulaires sont nulles.* — Les jours suivants, l'érysipèle s'éteint progressivement.

A ce moment, les douleurs articulaires paraissent plus intenses sans néanmoins passer à l'état aigu. Le malade se plaint d'une sciatique gauche assez vive et avec un peu d'analgésie de la peau au niveau du talon gauche et de la face externe du pied; ces accidents diminuent sous l'influence de quelques douches de vapeur, et le malade obtient son exeat le 16 avril 1870.

Observation V

Erysipèle suivi de rhumatisme. (*Médecine pratique. Stoll).*

Une jeune fille âgée de 18 ans avait eu, une semaine auparavant, un érysipèle dont elle avait été guérie en peu de temps, et s'était retirée bien portante d'ailleurs, si ce n'est que jusqu'à ce jour, elle avait encore de fréquents maux de tête.

Le 20 mai, elle fut sans appétit. Le mal de tête était plus considérable ; elle eut froid et chaud alternativement et sua copieusement. Bientôt les lombes et les cuisses furent prises comme d'une violente douleur rhumatismale ; les malléoles et le genou droit se tuméfièrent et devinrent très douloureux.

21. On lui fit une saignée.
24. Emétique.
30. Tout était amélioré.

Observation VI

Rhumatisme multi-articulaire subaigu. — Erysipèle ambulant
(Docteur Perroud. *Annales de dermatologie, 1874*)

Jean Gir..., âgé de 25 ans, né à Montrevel, tisseur à Lyon, entre le 8 janvier 1867 à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il est couché au n° 14 de la salle St-Eucher.

Ce jeune homme est né de parents rhumatisants ; il n'a jamais eu qu'une légère blépharite dans son enfance.

Il y a 6 ans, il aurait éprouvé dans la région précordiale une douleur qui dura 18 mois sans grande acuité, car le malade ne subit aucun traitement, mais depuis lors, il éprouve de l'essoufflement et des palpitations sous l'influence du moindre effort.

Il y a 6 semaines, à la suite présumée d'un coup de froid, survinrent des douleurs articulaires au gonflement médiocre. Ces douleurs ont parcouru successivement les principales articulations avec une fièvre très-modérée et sans obliger le malade à garder le lit d'une manière continue.

Au moment de son entrée, il a de simples raideurs articulaires dans les membres supérieurs : Pouls 100, petit et un peu irrégulier. Le cœur bat énergiquement : la pointe se sent dans le 6e espace intercostal, à 2 centimètres au-dessous du mamelon. Souffle intense au premier temps et à la pointe (maximun).

27. Il survient de la céphalalgie et de la fièvre ; nuit mauvaise.

28. Le lendemain on constate une rougeur érysipélateuse avec

gonflement occupant le nez, les joues et les paupières ; les ganglions maxillaires engorgés ; peau chaude ; langue sale. Pouls 124.

29. — L'érysipèle gagne les deux oreilles et toute la face, *moins le menton.*

1er. Commencement de la desquamation sur la face.

A partir de ce jour, le pouls baisse progressivement ; la rougeur pâlit de plus en plus.

2. L'érysipèle descend au mamelon.

3. Pouls 100. L'érysipèle est au niveau de l'appendice xyphoïde.

6. Pouls 76. L'érysipèle s'arrête.

16. L'érysipèle est entièrement guéri ; mais les douleurs articulaires, qui avaient tout à fait disparu pendant la poussée érysipélateuse, reprennent une certaine intensité dans les épaules.

22. Le malade demande sa sortie. Il a encore de vagues douleurs dans les épaules ; il n'a plus de fièvre et le souffle cardiaque est faible.

EXAMEN ET DISCUSSION DES OBSERVATIONS

1° CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES

Que remarquons-nous dans ces observations ? Presque tous nos malades ont été déjà rhumatisants ou ont des antécédents rhumatismaux. Ce fait est, croyons-nous, d'une certaine importance. On est en effet d'autant plus prédisposé au rhumatisme qu'on en a déjà ressenti les atteintes un plus grand nombre de fois.

Si nous étudions maintenant dans quelles circonstances ces attaques de rhumatisme observées chez nos malades se sont produites, nous ne retrouvons jamais les causes occasionnelles ordinaires du rhumatisme. Chez aucun d'eux, en effet, on ne trouve ni refroidissement, la cause la plus commune, ni fatigue corporelle exagérée, *surmenage* (Hardy, Béhier, Trousseau, Gubler, et Monneret), cause efficiante, dit Besnier, que la tradition classique du refroidissement, considérée comme cause à peu près exclusive, empêche souvent d'apprécier à sa juste valeur, ni traumatisme, cause que Charcot surtout a fait admettre.

Toujours le rhumatisme a succédé à l'érysipèle et est survenu pendant la convalescence de cette maladie. Et chose curieuse que Trousseau avait parfaitement remarquée, et que nous avons nous-même retrouvée (Observation I) point par point, de telle sorte qu'en cet endroit notre observation semble être calquée sur celle que nous avons

trouvée dans les cliniques de notre grand clinicien, c'est que, la desquamation presque terminée, l'érysipèle absolument éteint, le malade n'entre pas dans une convalescence franche.

Il existe un malaise très marqué qu'on ne comprend pas tout d'abord et qui, avant-coureur de l'attaque rhumatismale, ne reçoit son explication que lorsque cette dernière a éclaté. Comment, après cela, ne pas admettre une relation, un rapport de causalité entre ces deux maladies ?

Et la chose est bien plus évidente encore dans deux de nos observations (IV et VI), où l'érysipèle a fait son apparition à la fin d'une attaque de rhumatisme. Pendant tout le cours de son évolution, les douleurs disparurent pour ne reparaître avec plus d'intensité qu'après la guérison de l'érysipèle.

2° NATURE DE CE RHUMATISME SECONDAIRE

Comment comprenons-nous ce mot de rhumatisme secondaire ? Avec Georges Homolle, Besnier et bon nombre de pathologistes, nous admettons ce terme de rhumatisme secondaire comme dénomination générale à affecter à l'ensemble des manifestations rhumatismales ou à forme rhumatismale qui se produisent chez un sujet manifestement prédisposé ou indemne d'antécédents diathésiques sous l'influence d'états pathologiques divers.

Cette définition n'engage à rien. C'est en somme une façon de parler plus commode pour dire qu'après telle ou telle maladie, le rhumatisme survient sans préciser leurs caractères respectifs, ni leur manière d'être vis-à-vis l'un de l'autre.

Ainsi l'observation nous montre, par exemple, que dans le cours de la blennorrhagie, on voit souvent apparaître des symptômes qui ont un air de famille avec les manifestations rhumatismales, de même

dans la scarlatine, dans la dysenterie (Trousseau), de même enfin dans l'érysipèle. Que conclure de cela?

Les uns y voient là une pure coïncidence. D'autres croient reconnaître dans ces manifestations secondaires quelque chose qui ressemble au rhumatisme, mais qui malgré tout a un cachet particulier à lui imprimé par l'affection qui a provoqué ces manifestations. Ils font alors un rhumatisme spécial, un rhumatisme auquel ils appliquent un qualificatif qui indique son origine absolument particulière.

C'est ce qu'a fait pour la blennorrhagie M. Fournier qui, avec son savoir immense, son talent de dialectique si fin et si puissant à la fois, a su entraîner la conviction dans beaucoup d'esprits d'une grande valeur. (Diday-Lorrain, Rhumatisme génital). Rollet.

D'autres encore voient dans ces manifestations une ressemblance parfaite avec les affections rhumatismales, et pour eux le rhumatisme secondaire est évidemment consécutif à l'affection première (scarlatine blennorrhagie, érysipèle). C'est toujours un rhumatisme secondaire ; mais ici l'affection première est cause déterminante qui, à l'instar du froid, crée le rhumatisme de toutes pièces.

D'autres enfin, comme les précédents, reconnaissent l'identité des manifestations consécutives à ces affections précitées avec les manifestations du rhumatisme primitif ; mais pour eux, ces affections, au lieu d'être causes premières, ne sont que des causes occasionnelles, qui réveillent la diathèse rhumatismale qui sommeillait, et qui *in posse* ne demandait qu'une raison suffisante pour se montrer.

Quelle est de toutes ces opinions celle que nous adopterons ? Nous avouons sans fausse honte avoir été longtemps embarrassé. Il nous semblait difficile de ne pas être de l'avis du dernier dont nous venions de lire l'argumentation. Quoi de plus frappant en effet que la lecture de l'article de M. Fournier sur le rhumatisme blennorrhagique ? Les faits y sont nombreux, recueillis par un observateur de premier ordre et interprétés et disposés par un habile dialecticien. Mais qui n'entend qu'une cloche n'entend qu'un son. Aussi nous sommes-nous empressé de lire la discussion si intéressante sur le rhumatisme blennorrhagique,

qui se trouve exposée tout au long dans la « Société médicale des hôpitaux » (1867).

Tout bien posé, la critique de M. Peter nous parut juste sous bien des rapports, et nous n'avons pas tardé à partager des idées qui cadraient d'ailleurs avec les observations que nous présentions.

Et il ne faut pas se le dissimuler, la question débattue en 1867 entre M. Fournier et M. Peter, qui semble tout d'abord restreinte et tout à fait spéciale, embrasse cependant toutes les questions de rhumatisme secondaire.

Aussi, pour nous comme pour M. Peter, l'érysipèle ne crée pas un rhumatisme spécial, mais il provoque dans certaines occasions le rhumatisme, et dans d'autres, il ne fait que réveiller la diathèse rhumatismale qui sommeillait.

Dernièrement encore, la question des rhumatismes secondaires à été reprise par M. Henri Barth qui, dans un article paru en décembre 83 dans « l'Union médicale », repousse tout caractère rhumatismal aux arthrites consécutives, aux maladies infectieuses (scarlatine, érysipèle, état puerpéral).

« Ces arthrites, dit-il, atteignent toujours des malades qui n'ont jamais eu *d'accidents rhumatismaux*. Cependant nous avons fait remarquer que presque tous nos malades avaient des antécédent héréditaires et que beaucoup avaient éprouvé des attaques de rhumatisme ».

Dans l'Observation II, nous ne constatons, il est vrai, ni antécédents rhumatismaux, ni attaques préalables, mais, pour nous, dans ce cas, l'érysipèle n'aurait pas réveillé évidemment la diathèse qui n'existait pas ou ne paraissait pas exister, mais aurait provoqué le rhumatisme à lui seul.

« Ces arthrites, continue Henri Barth, n'affectent ni la mobilité ni l'instabilité du rhumatisme ; elles sont au contraire fixes et tenaces, et si elles n'aboutissent pas toujours à la suppuration, elles laissent du moins à leur suite des raideurs qui révèlent le caractère vraiment inflammatoire de l'arthropathie. »

Nous ne trouvons rien de tout cela dans nos observations, et il nous

est impossible de constater, dans les attaques de rhumatisme notées dans nos observations, quelque chose qui diffère des attaques ordinaires vraies du rhumatisme primitif.

Ce qui nous paraît ressortir de tout cela, c'est que, si ces maladies infectieuses (érysipèle, scarlatine, dysenterie, etc.) peuvent souvent provoquer des arthrites qui n'ont rien de commun avec le rhumatisme (arthrites de nature purement infectieuse, comme l'ont constaté Henri Barth, Gosselin et tant d'autres), elles peuvent aussi, et nous croyons l'avoir démontré pour l'érysipèle, réveiller la diathèse rhumatismale et provoquer un rhumatisme absolument semblable au rhumatisme primitif.

CONCLUSIONS

1° L'érysipèle est une maladie de nature infectieuse qui a de grandes ressemblances avec l'infection purulente et la fièvre puerpérale ;

2° L'érysipèle. comme la scarlatine, comme la blennorrhagie, peut réveiller la diathèse rhumatismale, c'est ce qui arrive le plus souvent, ou provoquer le rhumatisme de toutes pièces;

3° Jamais l'érysipèle ne crée un rhumatisme spécial, comme celui qu'on a admis pour la blennorrhagie et les arthrites, que certains ont reconnu être consécutives à l'érysipèle, n'ont rien de commun avec le rhumatisme vrai.

Vu :	Permis d'imprimer :	Vu, bon à imprimer :
Le président censeur,	*Le Recteur de l'Académie,*	*Le Doyen,*
GRASSET.	G. CHANCEL.	BENOIT.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme ?

Pathologie externe

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

Du rhumatisme consécutif à l'érysipèle.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !